Lane Medical Library

Über protrahierte hysterische Dämmerzustände.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 14. Juni 1907

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Paul Ullmann

approb. Arzt aus Potsdam

Assistenzarzt beim Infanterie-Regiment von Goeben (2. Rheinischen) Nr. 28.

OPPONENTEN:

Herr cand. med. Nicol.
- cand. med. Scharnke.
- cand. med. Haccius.

BERLIN.

Universitäts-Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke)

Linienstraße 158.

(1907)

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Referent: Prof. Dr. **Ziehen.**

Dem Andenken meines Vaters.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153524_0411

Im Wintersemester 1904 stellte Herr Geheimrat Prof. Dr. Ziehen einige Patienten mit Dämmerzuständen von bemerkenswerter Dauer vor. Durch den Befund hysterischer Stigmata erschien die hysterische Natur dieser Dämmerzustände gesichert. Im Anschluß an die Vorstellung eines der erwähnten Patienten erhielt ich von Herrn Geheimrat Prof. Dr. Ziehen die Anregung, in einer Dissertation „Über protrahierte hysterische Dämmerzustände" einige derartige Fälle aus der Psychiatrischen Klinik der Charité zu bearbeiten. Für diese Anregung sowie für die Überlassung von Krankengeschichten und die Erlaubnis, die erwähnten Patienten beobachten zu dürfen, bin ich Herrn Geheimrat Prof. Dr. Ziehen zu großem Danke verpflichtet.

Die Hysterie ist psychopathisch im allgemeinen dadurch charakterisiert, daß gefühlsbetonte Vorstellungen, und zwar namentlich latente gefühlsbetonte Vorstellungen eine pathologisch gesteigerte Wirksamkeit geltend machen. So kommt es zu Sinnestäuschungen, Wahnvorstellungen und anderen psychischen Symptomen. Gerade für die Wahnvorstellungen bieten die körperlichen Vorstellungen der Hysterie ein sehr fruchtbares Anknüpfungsgebiet. Sinnestäuschungen (Halluzinationen) und Illusionen führen, vor allem, wenn sie massenhaft auftreten, nicht zu selten zu deliranten Zuständen, d. h. Zuständen, die durch Inkohärenz, Unorientiertheit und Wahnvorstellungen charakterisiert sind. Die Fülle der subjektiven Sinneswahrnehmungen beschäftigt den Kranken so dauernd und innig, daß das Bewußtsein für die reale Außenwelt erheblich und

dauernd getrübt ist. Solche Bewußtseinstrübungen werden als Dämmerzustände bezeichnet und können kürzer oder länger dauernden Besitz von dem Innenleben des Hysterischen ergreifen. Im letzteren Falle bezeichnet man sie als protrahierte hysterische Dämmerzustände.

Die protrahierten hysterischen Dämmerzustände sind entweder freistehend oder schließen sich, wie dies die kurz dauernden meist tun, an Krampfanfälle an. Ich will vorausschicken, wie sich die wichtigsten körperlichen Symptome Hysterischer im protrahierten Dämmerzustande verhalten: An Stelle der vor dem Dämmerzustande bestehenden mehr oder weniger erheblichen Sensibilitätsstörungen tritt oft für die Dauer desselben Hypalgesie oder Analgesie. Druckpunkte, die vorher nachweisbar waren, können während des Dämmerzustandes verschwunden sein; andrerseits können während des Dämmerzustandes auch neue Druckpunkte auftreten. Die Haut- und Schleimhautreflexe sind meist herabgesetzt, die Sehnenreflexe verhalten sich wie vor dem Dämmerzustande. Puls und Temperatur sind sehr wechselnd.

Der Verlauf des protrahierten hysterischen Dämmerzustandes kann verschiedenartig gestaltet sein. Er kann sich an Krampfanfälle anschließen und von solchen unterbrochen werden oder frei von Krampfanfällen sein.

In seltenen Fällen verläuft der Dämmerzustand unter dem Bilde eines Schlafzustandes. In diesem besteht „bald völlige Resolution, bald Katalepsie, nicht selten mit Flexibilitas cerea, bald ein erheblicher Widerstand gegen passive Bewegungen.“ Über den Bewußtseinszustand im hysterischen Schlaf schreibt Dr. Raecke-Kiel: „Es handelt sich dabei weder um völlige Bewußtlosigkeit, noch um einen eigenartigen, von Träumen erfüllten Schlaf, sondern um einen eigenartigen Verwirrtheitszustand mit vorherrschender Hemmung. Illusionäre

Verkennung der Umgebung, einzelne Halluzinationen, gelegentlich zum Delirium verdichtet. Wo es nicht gelingt, sprachliche Äußerungen zu erzielen, erkennt man an dem wiederholten Lagewechsel, an der leichten Rötung des Gesichts bei schmerzhaften Reizen, an Abwehrbewegungen, Greifen nach dem Kopf, leisem Stöhnen, daß eine gewisse psychische Tätigkeit fortbesteht.“ So erwachen manche Patienten stets zu den Hauptmahlzeiten, lassen sich widerstandslos füttern oder nehmen heimlich Nahrung. Lanceraux soll einen solchen Schlafzustand von 20 jähriger Dauer beobachtet haben. Differentialdiagnostisch ist für hysterische Schlafzustände bemerkenswert die fehlende Miosis, einzelne fast stets vorhandene konvulsivische Kontraktionen, vor allem der Kaumuskeln, ferner Ausnahmen bei der allgemeinen Reaktionslosigkeit auf Schmerzreize. So findet man im hysterischen Schlaf Druckpunkte, von denen zuweilen ein Anfall ausgelöst werden kann. Solche Ausnahmen von der allgemeinen Reaktionslosigkeit kommen bei einfacher Resolution nur selten vor. Charakteristisch ist auch die öftere Unterbrechung des hysterischen Schlafs durch einen hysterischen Krampfanfall oder einfache klonische Krämpfe. Zwischen den echten hysterischen Schlafanfällen und den Stuporzuständen mit katatonischer Spannung gibt es fließende Übergänge. Dr. Raecke hebt das lebhaftere „mehr attente“ Verhalten Hysterischer gegenüber den Katatonisch-Stuporösen hervor. Der Hysterische bevorzugt behagliche Stellungen, „sorgt für seine Bedürfnisse, zeigt ein gewisses neugieriges Interesse für seine Umgebung.“ Hartnäckige Abstinenz, gezwungene Haltung, zahlreiche Stereotypien, fortgesetzte Sprachverwirrtheit, blindes Widerstreben gegen jede Maßnahme, überhaupt ausgesprochener Negativismus sprächen für Katatonie. Vor allem stützt sich die Differentialdiagnose auf das Verhalten in den freien Intervallen.

In einem der Fälle, die ich zu beobachten Gelegenheit hatte, handelt es sich um einen solchen hysterischen Schlafzustand. Er erstreckte sich über 8 Wochen und verdichtete sich auf seiner Höhe zu 10tägiger völliger Reaktionslosigkeit: Patientin W. stammt von gesundem Vater und phthisischer Mutter. Das junge Mädchen war stets sehr fromm, beschäftigte sich viel mit kirchlichen Dingen und lernte in der Schule gut. Sie war stets still, hatte wenig Umgang, litt an Stuhlverstopfung, hatte eine schwere Periode. 2 Jahre vor der Aufnahme wurde Pat. einmal bewußtlos im Bett gefunden. Sie pflegte ein Jahr lang ihre Mutter bis zu deren Tode, was sie sehr anstrengte und aufregte. 4 Tage vor ihrer Aufnahme in die Charité fiel es auf, daß Pat. nicht sprach. Am nächsten Tage war sie unruhig, am darauffolgenden blieb sie zu Bett und erkannte ihren Stiefbruder nicht. Sie fing an zu schimpfen, zu schreien und forderte den Vater auf, mit ihr zur Hölle zu fahren. Am 26. XI. morgens hatte Pat. einen Krampfanfall, der 2—5 Minuten dauerte. Die Angaben lassen einen grand cercle vermuten. Am selben Vormittage erfolgten noch 10 solche Anfälle, am Nachmittage 12—20. Am 27. XI. trat ein klonischer Krampfanfall ein, bei dem sie lachte, schrie und pfiff und ihrem Vater zurief: „Komm mit zur Hölle!“ Am selben Tage erfolgte die Aufnahme.

Die Augen waren geschlossen, die Pupillen eng und reagierten, der Kornealreflex negativ, die Sehnenreflexe positiv, der Gesichtsausdruck apathisch, sprachliche Äußerungen konnten nicht erzielt werden. Am nächsten Tage wurde auf Aufforderung die Zunge herausgestreckt und nach längerer Pause mit hauchender, langsamer Stimme nachgesprochen. Gegenstände wurden teils richtig benannt. Allmählich versiegte jede Äußerung der Sprache und Bewegung. Starr und unbeweglich lag die Kranke im Bett, doch ließ sie nie unter sich. Katalepsie

bestand. Lidreflex und Schmerzreaktion waren positiv. Die Bulbi wandten sich beim passiven Öffnen der Lider nach oben und zeigten einen benommenen, leeren Blick. Lidschlag wurde äußerst selten beobachtet. Als dieser lethargische Zustand einige Tage andauerte, wurde Pat. aus dem Bett gehoben und auf die Beine gestellt. Dabei blieben die Augen geschlossen, der Kopf nach hinten gebogen. Gab man der Kranken einen Stoß, so fiel sie nicht, sondern folgte balancierend der passiven Bewegung, um nach einigen Schritten wackelnd und in steifer Haltung wieder rückwärts zu laufen, bis sie mechanisch stehen blieb. Gegen passive Bewegungen leistete Pat. geringen Widerstand. Die Muskulatur war schlaff. Einige Male wurde Flexibilitas cerea, wiederholt Befehlsautomatie und Echolalie beobachtet. Die Kaumuskulatur war dauernd kontrahiert, so daß nur Brotbrocken und flüssige Nahrung mit Gewalt zwischen die Zähne gebracht wurden. Unbemerkt, als ob sie es verheimlichen wollte, schluckte dann die Pat. in unbewachten Augenblicken. Diese lethargische, fast völlig reaktionslose Phase des Dämmerzustandes dauerte 10 Tage; dann führte die Pat. jedoch nur unter Anleitung, wieder einige Bewegungen aus, wobei sie sich äußerst hilflos und schwerfällig anstellte. Automatisch, kritiklos folgte sie jedem Befehl. Der äußeren Starre stand der Eindruck starker innerer Erregung gegenüber, die in einer Pulssteigerung von 72 auf 108 zum Ausdruck kam. Anfang Januar zog sich die Pat. allein aus und an, verrichtete ohne Anleitung ihre Bedürfnisse, beantwortete Fragen korrekt. Die innere Erregung dauerte an, so daß sie nicht schlafen konnte. Zu einer sprachlichen Äußerung war Pat. schwer zu bringen. So blieb der Zustand bis zur Entlassung der Kranken nach 8 wöchigem Aufenthalt.

Postparoxysmelle werden solche Dämmerzustände genannt, die sich an einen einzelnen Krampfanfall oder

eine Serie solcher anschließen. Auch können delirante Phasen mit epileptoiden, also Dämmerzustand und Krampfanfall abwechseln, so daß dann die Dämmerzustände interparoxysmell auftreten.

Die protrahierten postparoxysmellen Dämmerzustände der Hysterie gleichen sehr den protrahierten postepileptischen. Krafft-Ebing beschreibt folgenden Fall, der ein halbes Jahr dauerte: Es handelt sich um eine 25jährige junge Dame aus belasteter Familie, die als Kind zart, begabt, erregbar, jähzornig, als junges Mädchen schwärmerisch, überspannt, idealistisch war, vom 20. Jahre an aber in das Gegenteil umschlug. Bei diesem hysterisch-neurasthenischen Mädchen trat im Anschluß an Gemütsbewegungen und einen leichten Fall auf den Rücken Hysterismus auf: Globus, Gefühl des Schwebens, optische Hyperästhesie, Schreibkrämpfe, Angstanfälle. Es folgte allgemeine kutane Hyperästhesie, aphasischer Zustand, klonische und tonische Krämpfe. Die Pat. sah alles bunt und verzerrt, der Schlaf fehlte. Bald nach den Krampfanfällen gesellten sich dazu Halluzinationen aller Sinne, damit ein deliranter Zustand. Die Kranke behauptete, schwanger zu sein, sah Tiere, hörte sexuelle Beschuldigungen, empfand übele Gerüche, erklärte sich für eine Kröte, Kopf und Hirn seien verdoppelt usw. Pat. ging in Sinnestäuschungen auf, war gänzlich unorientiert. Sie hielt den Arzt für ihren Mann, richtete das Ehebett her, entkleidete sich. Sie hörte Stimmen, hatte übeln Geschmack nach Tinte und aashaften Geruch, hatte Visionen von Toten usw. Zur Zeit der Menses hatte sie sexuelle Delirien mit massenhaften Paralgien. Nach 5 Monaten wurden die hysterischen Symptome und Sinnestäuschungen seltener, das Bewußtsein klärte sich. Zur Zeit der Menses hörte sie dann wieder Stimmen sexuellen Inhalts. Sie sprang auf Befehl einer Stimme zum Fenster hinaus. Nach sechsmonatiger Krankheits-

dauer trat Besserung ein. Die Kranke wurde frei von Delirien und Halluzinationen und erholte sich bis auf leichte hysterische Beschwerden.

Um einen protrahierten Dämmerzustand, der sich an eine Serie von Krampfanfällen anschließt, um dann auch mit einer solchen zu enden, handelt es sich bei folgendem Falle der psychiatrischen Klinik der Charité von 7 wöchiger Dauer. Am 26. VIII. wurde das 21jährige Dienstmädchen G. in die Klinik aufgenommen. Als Kind war sie schwächlich, lernte in der Schule gut, die Menses waren unregelmäßig. Pat. hatte eine Schmierkur gemacht. 1902 fiel Pat. mit dem Hinterkopf auf eine Treppe. 1903 hatte sie einen Partus. Danach stellten sich Schwindelanfälle ein, die sich alle 3 bis 4 Wochen wiederholten und in letzter Zeit fast täglich auftraten. Dazu kamen Krämpfe mit plötzlichem Bewußtseinsverlust ohne Zungenbiß, doch mit Verunreinigung, von 15 bis 30 Minuten langer Dauer. Durch diese Anfälle will Pat. kopfschwach geworden sein. Dem entspricht ihr Verhalten bei der Intelligenzprüfung. Sie weiß nicht den Namen des Kaisers, ist der Ansicht, eine Zehnpfennigmarke sei grün. Der Lid- und Kornealreflex sind positiv, die Sehnenreflexe ebenso. Druckpunkte sind angedeutet. Am 27. VIII. hatte Pat. einen 2 Minuten langen Krampfanfall. In ihm erfolgte weder auf tiefe Nadelstiche noch auf Anrufen eine Reaktion. Sofort erfolgte ein zweiter Anfall, bei dem Pat. trotz der heftigsten Bewegungen nicht aus dem Bett fiel, auf diesen ein dritter. Nach den Anfällen lächelte Pat. albern dem Arzt zu, schlug mit der Hand nach ihm. Schaum vor dem Mund, Zungenbiß. Verunreinigungen fehlten. In der folgenden Nacht wieder ein klonischer Anfall, der mit einem Arcus hystericus endete. Darauf wieder hochgradige Hypalgesie mit Analgesie der rechten untern Extremität und Unorientiertheit mit inkohärenten Äußerungen. Tagelang genoß

Pat. nichts. Tiefe Stiche in die Nasenschleimhaut wurden nicht oder erst spät empfunden. Der Kornealreflex war stark herabgesetzt. Die Analgesie ging auf den ganzen Körper über, die zeitliche und örtliche Unorientiertheit nahmen zu. Die psychomotorische Aufregung ließ auf Halluzinationen schließen. Pat. weinte, hatte Angst, denn „das dreht sich da oben, eine weiße Kugel". Anfang September hatte sie lucide Intervalle, fing an, sich zu orientieren. Nadelstiche wurden überall als schmerzhaft empfunden, sie nahm flüßige Nahrung. Dann wurden mit dem Einsetzen einer Angina Stimmung und Gesichtsausdruck deprimiert, Gehörs- und Gesichtshalluzinationen traten wieder auf. In diesem Zustande bestanden schwere Analgesie und motorische Unruhe, der Versuch der Suggestionen gelang ab und zu. Als Pat. lucide wurde, beschrieb sie deutlich die Vision ihrer Mutter, die sie vor 8 Tagen gehabt hatte, und hielt sie für ein wirkliches Erlebnis. Dann traten wieder 2 Anfälle auf, die den Dämmerzustand zum Abklingen brachten. Die Pat. wurde munterer, sah den Arzt freimütig an, antwortete langsam, aber richtig, war orientiert. Die Analgesie war geschwunden. Die Kranke klagte nur über Angst. Es folgten noch 3 Anfälle, dann war Pat. lucide, klagte noch über Kopfschmerzen und Mißmut, wurde jedoch am 18. X. entlassen.

6 Wochen dauerte folgender postparoxysmelle Dämmerzustand, der auch in seinem Verlauf Krampfanfälle aufzuweisen hat. Dieser Fall ist wie der vorige durch den Einfluß einer Angina bemerkenswert, deren Heilung den Dämmerzustand zum Abklingen brachte, und deren Einsetzen, als der Fall rezidivierte, ebenso günstig wirkte:

Die 20jährige Kellnerin F. will aus gesunder Familie stammen, stets gesund gewesen sein, gut gelernt haben. Seit Juli beständen infolge Aufregung Krämpfe mit Bewußtseinsverlust. Pat. gibt Potus zu. Gonorrhöe und

Lues sind vorhanden. Sie hat eine Angina specifica. Am 3. IX. wird Pat. aufgenommen, ist desorientiert und ohne Krankheitsbewußtsein. Am selben Tage tritt ein klonisch-tonischer Anfall auf und dauert 10 Minuten, am 6. ein zweiter mit Äußerungen, die auf Delirien hinweisen. Die Kranke wird zur Behandlung der Lues verlegt und kommt ganz verwirrt und erregt auf die Station zurück. Der deliriöse Erregungszustand hält tagelang an. Pat. schläft nur nach Hyoscin. Sie verkennt ihre Umgebung völlig, glaubt, in ihrer Kneipe zu sein, tobt und schimpft, wenn man sich mit ihr einläßt. Am 29. IX. macht sie einen Fluchtversuch. Das ungebührliche Wesen wird durch läppisches, albernes abgelöst. Delirante und lucide Phasen wechseln ab. Hypomanischer Stimmung folgt zornige, in Ängstlichkeit übergehende Erregung. Pat. glaubt verfolgt zu werden, schlägt wiederholt Fensterscheiben ein. Anfang Oktober war die Angina abgeheilt. Zugleich wich der delirante, maniakalische Zustand einer leichten Depression. Am 10. X. trat ein Anfall mit Arc de cercle auf mit nachfolgender Amnesie für diesen. Einige Tage war Pat. ruhig und klar, ihr Verhalten dabei albern. Die Eröffnung, daß sie noch nicht entlassen werden sollte, ärgerte Pat. so, daß sie abermals einen durch einen Wutanfall eingeleiteten Krampfanfall bekam. Nach dem Anfall stand sie sofort auf. Der Wutanfall wiederholte sich noch einmal, ehe Pat. am 27. X. als gebessert entlassen wurde. 2 Jahre später bekam Pat. nach einem Zank mit ihrem Bräutigam 6—8 Krampfanfälle, im Anschluß daran einen Rückfall wieder in Gestalt eines Dämmerzustandes, der 6 Tage dauerte. Die Kranke zeigte große motorische Unruhe mit manischer und nymphomanischer Exaltation. Die Erinnerung an jüngst Vergangenes, die Orientierung war zeitweise aufgehoben. Von dem Einsetzen einer Angina an war Pat. klar. Amnesie bestand für die ganze Zeit

des Rückfalls, den Streit mit dem Bräutigam eingeschlossen. So glaubte sie, die ganze Zeit ihrer Krankheit geschlafen zu haben, auch kam ihr Geh.-Rat Ziehen gänzlich fremd vor.

Die freistehenden hysterischen Dämmerzustände treten in verschiedenen Formen auf. Manche gleichen den epileptischen halluzinatorischen Dämmerzuständen. In diesen sind die Halluzinationen das Wesentliche im Krankheitsbild. Am häufigsten sind Gesichtstäuschungen, ferner Geruchs- und Gefühlshalluzinationen. Durch Suggestion sind sie oft zu beeinflussen. „Die Gesichtsillusionen bestehen in fortwährenden Verwandlungen, welche Gesichter und Körper der Umgebung im Sinne von Fratzen, Tiergestalten, Farbenveränderungen erfahren.“ (Krafft-Ebing.) Die Gehörstäuschungen sind meist einfache Akusmen, aber auch Halluzinationen, und dann meist sexuellen Inhalts. Die Geruchstäuschungen sind selten angenehm.

Andere freistehende Dämmerzustände zeigen wenig oder keine Halluzinationen, jedoch schwere Assoziationsstörungen, wie falsch Rechnen von einfachsten Exempeln, Unfähigkeit, die Uhr abzulesen. Die vielfachen sensorischen Ablenkungen machen die Äußerungen dieser Kranken inkohärent. Prüfungen auf Intellekt und Merkfähigkeit ergeben daher oft verblüffende Beschränktheit des ersteren und erhebliche Reduktion der letzteren. Dennoch handelt es sich in diesen Fällen selten um einen Intelligenzdefekt. Ganser beschreibt neuerdings solche Fälle, in denen Kranke von anscheinend freiem Sensorium und voller Besonnenheit an sie gerichtete Fragen so unzutreffend und verkehrt beantworteten, daß man Täuschung vermuten mußte, zumal wenn es sich um Strafgefangene handelte. Es ist bei solchen Assoziationsstörungen im hysterischen Dämmerzustande kein Defekt des psychischen Materials anzunehmen, sondern nur eine Herabsetzung

der Extensität des vorhandenen. Wernicke sagt: „Es besteht eine Einengung des Bewußtseins wie bei der Suggestion der Hypnotisierten im wachen Zustande.“

Wenig oder keine Halluzinationen zeigt folgender freistehender Dämmerzustand, der bemerkenswert ist durch die vorherrschende manische Erregung der Pat. und den bedeutenden Einfluß der Menses auf den Verlauf. Der Zustand dauerte 14 Wochen und wurde durch ein freies Intervall von 9 Tagen unterbrochen.

Am 16. III. wurde das 15jährige Dienstmädchen H. aufgenommen. Hereditäre Belastung ist nicht nachgewiesen. Pat. will nie krank gewesen sein, nie Anfälle gehabt haben. In der Schule lernte sie gut. Infolge der Trunksucht des Vaters behauptet die Kranke, ängstlich geworden zu sein. Nach Überanstrengung stellten sich Vergeßlichkeit, Verfolgungsvorstellungen und Wahnideen ein. So behauptet sie fälschlicherweise, von einem Manne vergewaltigt worden zu sein, der sie schon als 13jähriges Kind mißbraucht habe. Diesen Vorgang beschreibt sie auf das genaueste. Pat. schläft nur nach Veronal, ißt wenig und nur mit Unterstützung, ist sehr erregt, weint, jammert meist, führt wirre Reden. Häufig äußert sie Nymphomanie. Zu Hause hatte sie sich vor ihrem Vater entblößt, auf der Straße war sie vor jedem Manne stehen geblieben. In der Klinik entblößt sie sich, macht Coitusbewegungen. Ihre Verwirrtheit äußert sich in sinnlosen Silbenverbindungen wie: „Ratus, Surata, Rupsalas, Thomas, Sie das, Assi“ usw., Äußerungen, die an den „Wortsalat“ des Hebephrenikers erinnern. Die Kranke grimassiert viel. Motilität und Reflexe sind ungestört, Sensibilität sehr gesteigert. Am 26. wird Pat. klar, ruhig, apathisch. Sie glaubt erst 2 Tage in der Klinik zu sein. Für ihre Erregungsphase besteht nur dunkle Erinnerung. Ihre früheren deliriösen Angaben widerlegt sie, es sei ihr nichts passiert. Bald fühlt sich Pat. wohl

und ist völlig orientiert. Mitte April tritt wieder Depression und Dämmerzustand auf. Pat. deliriert wieder in sinnlosen Wort- und Silbenverbindungen; dabei bewegt sie sich völlig frei mit geschlossenen Augen und reagiert lebhaft auf Prüfung der Schmerzempfindlichkeit. Versuche von Suggestionen mißlingen stets. Bisweilen ist Echolalie angedeutet. Darauf ist die Kranke vorübergehend lucide, erinnert sich und gibt Ärger als Ursache ihres Zustandes an. Mit beginnenden Menses wieder Delirium und manisches Wesen. Am 6. V. wurde Pat. entlassen, jedoch am 15. wieder aufgenommen. Das läppische, spielerische Wesen hielt an. Der Eintritt der Menses brachte diesmal Beruhigung, Aufhellung, Erinnerung. Infolge einer Aufregung trat 10 Tage später eine Attacke ein: Pat. stieß jappende Laute aus, wälzte sich im Bett, lief wie träumend mit vorgebeugtem Oberkörper umher; dabei war der Gesichtsausdruck heiter: bisweilen weinte sie unmotiviert. Das Bewußtsein war nicht völlig aufgehoben, denn Äußerungen anderer Kranker wurden in genau derselben Betonung wiederholt. Nach dem Anfall dauerte die manische, erotische Exaltation weiter, um mit Beginn der Menses in Präkordialangst und Übelkeitsgefühl umzuschlagen. Das Ende der Menses brachte Erinnerung und Aufhellung. Pat. wurde am 1. VII. als gebessert entlassen.

Der folgende Fall eines freistehenden hysterischen Dämmerzustandes dauerte 9 Wochen und ist ausgezeichnet durch schwere Dissoziation mit massenhaften inkohärenten Äußerungen, die an Dementia hebephrenica denken lassen, ferner durch häufige Sinnestäuschungen, Angstaffekte und manische Exaltation:

Die 15jährige Putzmacherin Sch. wird am 13. VI. im Direktoriatszimmer der Klinik hilflos und verwirrt aufgefunden. Sie hatte das Licht angesteckt und sich wie zum Schlaf aufs Sofa gelegt.

Der Vater der Pat. starb an Tuberkulose. Sie selbst war nie krank, war als Kind still, lernte gut. Die Menses begannen im 14. Jahre, Krämpfe hatte sie nie. In ihrer Stellung regte sich Pat. leicht auf. Ihr Zustand begann mit Verwirrtheit und Angst, die sie plötzlich auf der Straße überfielen. In der Klinik deliriert Pat. Ihre ängstliche Erregung nimmt zu. Zuweilen ist sie lucide, doch ohne Erinnerung. Motilität, Sensibilität und Reflexe sind ungestört, die Schmerzempfindlichkeit bei Nadelstichen gesteigert, auf Suggestion reagiert sie nicht. In ihrer Verwirrung hält sie wiederholt den Arzt für ihren Vater, Bruder oder den Kaiser, eine Patientin für ihre Mutter. Beim Anblick von Instrumenten ist Pat. besonders ängstlich und glaubt dauernd, daß ihr Zähne gezogen werden sollen. Ihre Stimmung ist leicht zu beeinflussen; meist ist sie manisch. Die Kranke singt viel, unsinnig und unzusammenhängend, zeigt albernes, kindisches Wesen, gibt freche, obscöne Antworten in unsinnigen, abgerissenen Äußerungen, lacht, weint und schimpft ohne Grund. Diese manische Exaltation dauert an, bis Pat. als gebessert am 19. IX. entlassen wird.

Dominieren im hysterischen Dämmerzustande Halluzinationen und Illusionen, so ähnelt das Krankheitsbild dem der akuten halluzinatorischen Paranoia. Wie bei dieser Psychose bringen auch im hysterischen Dämmerzustande massenhafte und mannigfaltige Sinnestäuschungen sekundäre Ideenflucht und Inkohärenz mit sich. Ebenso haben die auf Grund von Sinnestäuschungen auftretenden Wahnvorstellungen allerlei Affektstörungen, z. B. Angst, im Gefolge. Je nach der Art der Halluzination überwiegt die sekundäre Hemmung oder Ideenflucht, bei massenhaft wechselnden, widerspruchsvollen Halluzinationen sekundäre Inkohärenz. So kann es zu völliger halluzinatorischer Unorientiertheit kommen. Die Sinnestäuschungen hysterischer Halluzinanten sind meist zusammenhängend, so

daß die Wahnideen eine logische Systembildung aufweisen und sich oft zu einem förmlichen Roman gestalten.

Der Patient P. zeigt einen solchen freistehenden Dämmerzustand mit massenhaften Halluzinationen, die jedoch eng zusammenhängen und so einen ganz systematischen Roman bilden. Dieser Kranke, den zu beobachten ich Gelegenheit hatte, bleibt dauernd in dem Wahne befangen, er sei Leutnant und habe das Vaterland verraten. Seine Halluzinationen tragen im wesentlichen dauernd denselben Charakter: „Gefechte und bunte Truppen". Die Dissoziation ist so groß, daß sie einen Intelligenzdefekt vortäuscht und daher an Dementia hebephrenica denken läßt. Der Kranke, der Strafgefangener ist, befindet sich von Anfang Dezember bis Ende Januar, also ungefähr 7 Wochen, in der Wahnidee, das Vaterland verraten zu haben. Er meint, es sei fortwährend Krieg, und seine Halluzinationen von „bunten Truppen", marschierenden Soldaten und Schlachtengewühl sind äußerst lebhaft. Nicht selten lassen sich diese Sinnestäuschungen bei dem Kranken suggestiv hervorrufen. Als man dem Pat. einmal die Augen zuhält und ihn fragt, ob er die Truppen- und Schlachtenbilder noch sehe, antwortet er: „Ja, nun sind sie im Kopf drin". Ich traf den Kranken, wie er sich unter die Bettdecke verkrochen hatte. Er glaubte so, in gedeckter Stellung, die feindlichen Vorposten beobachten zu müssen. Zu mir sagte er: „Gehen Sie weg, damit Sie nicht getroffen werden, die Schlacht muß gleich losgehen". Dabei machte er mich auf Geschütze aufmerksam, es seien dreißig. Nachts verläßt der Pat. das Bett und wäscht sich. Gefragt, antwortet er, er komme eben von draußen und sei so voll gestaubt. Diese Halluzinationen und Wahnideen beherrschen den Dämmerzustand in seiner ganzen Dauer. Daneben hat Pat. hier und da Sinnestäuschungen anderen Inhalts: Er sieht unter den Betten

Mäuse, fühlt Würmer am Körper, hält sich krampfhaft am Bett fest, da er meint, auf einem schwankenden Schiffe zu fahren. Bemerkenswert sind auch die lebhaften Farbenhalluzinationen des Kranken.

Infolge dieser massenhaften halluzinatorischen Ablenkung erscheint die Intelligenz durch Inkohärenz und Hemmung getrübt. Der Pat. erkennt weder die ihn umgebenden Personen noch Ort und Zeit. Auf die Frage nach der Jahreszahl sagt er z. B. „898“. 6×7 sei 36. 6×6 sei dasselbe; er äußert dann den Wunsch, 6×6 schriftlich zu rechnen, und macht alsdann 6 mal je 6 Striche untereinander, um sie darauf zusammenzuzählen. Weder die Anzahl der Tage des Jahres noch des Monats, noch wieviel Beine der Hund hat, weiß Pat. zu beantworten, doch gibt er richtig an, daß Napoleon am 2. September in die Gefangenschaft geriet. Diese Frage nämlich berührte das Gebiet seines wahnhaften Romans, auch glaubte Pat., Napoleon sei zurzeit Kaiser. In der zweiten Hälfte des Dämmerzustandes machen sich hypomanische Neigungen bemerkbar. Bei einer Überschwemmung des Fußbodens wirft sich der Kranke hin und macht Schwimmbewegungen, er dekoriert sich mit Ringen aus Watte usw.

Während der ganzen Dauer des Dämmerzustandes bestand rechtsseitige Hemianalgesie, die sich auch auf die Nasenschleimhaut erstreckte. Die Druckpunkte waren symmetrisch schmerzhaft, der Kornealreflex rechts negativ. Beim Gehen hinkte Pat. stark, den rechten Fuß nach außen setzend.

Nach 7wöchiger Dauer des Dämmerzustandes wurde Pat. allmählich lucide: „Die Luft wird besser, als wenn alles neu wird.“ Es stellte sich völlige Amnesie für diese 7 Wochen heraus. Dem Pat. ist ganz unfaßlich, daß er krank gewesen ist. Der Zustand fortschreitender Aufhellung wurde durch ein den Pat. stark aufregendes

Ereignis unterbrochen, so daß vom 31. I. bis 2. II. hochgradige Dissoziation bestand. Da Größenvorstellungen eine Rolle spielten, erinnerte das Krankheitsbild des Rückfalls an die Hebephrenie. Pat. war nämlich als Angeklagter zu einer Gerichtsverhandlung geladen. Er benahm sich sehr auffallend, behauptete, ihm gut bekannte Zeugen nicht zu kennen, und erklärte den Kläger für eine Wachsfigur, mittels deren man ihn überlisten wollte. Nach der Verhandlung war Pat. noch 2 Tage in sehr erregtem Zustande, glaubte, seine letzte Stunde sei gekommen, und schrieb ein vier Seiten langes Bekenntnis nieder, das große Verwirrtheit bekundete. In diesem Schreiben sprach er auch von seinen „Anfällen", in denen er „viele Jagden, Soldaten, Hunde, Pferde, Menschen aller Art" sähe. Er sei ein studierter Mann, könne weissagen, sei Gott. In diesem Zustande aß Pat. nichts aus Furcht vor Gift. Am 3. II. war Pat. wieder lucide.

Schwere Dissoziation, massenhafte Halluzinationen, die oft durch Suggestion hervorgerufen sind, zeigt folgender freistehender hysterischer Dämmerzustand des Pat. L., der nach dreimonatiger Krankheitsdauer als ungeheilt nach Dalldorf übergeführt werden mußte: L. ist Strafgefangener, 20 Jahre alt, von Beruf Seemann. Sein Vater ist leicht erregbar und zornig, eine Schwester leidet an „Ohnmachtsanfällen". Der Kranke hat in seinem Leben eine ganze Anzahl schwerer Kopftraumen erlitten. Einer dieser Unfälle im Jahre 1903 machte ihn eine Stunde lang bewußtlos. Pat. will in der Schule gut gelernt haben. Mit 14 Jahren wurde er Schiffsjunge und machte weite Reisen in die Tropen. Pat. ist mehrmals wegen Diebstahls bestraft, dreimal mit Gefängnis, einmal davon mit 21 Monaten, außerdem mit Geldstrafe. Anfang August brach Pat. in einen Schuhwarenladen ein und stahl für 43 M. Waren, angeblich um sie zu verkaufen. Wegen dieses Deliktes wurde er zu einem Jahr

Gefängnis verurteilt. Am 30. August trat Pat. die Strafe in Tegel an. Am 7. X. wurde dem Pat. bei der Arbeit in der Zelle plötzlich wirr im Kopf. Er glaubte, in eine Schlägerei verwickelt zu sein, und verletzte sich in diesem Wahne mit dem Messer am linken Arm. Selbstmordgedanken bestreitet er entschieden. Der Kranke kam ins Lazarett, nach seiner Angabe in eine Tobzelle. Dort warf er nach dem Kalfaktor mit einem Eimer Wasser.

Pat. hält sich für gesund. Er ist ein kräftiger Mann in gutem Ernährungszustande. Am Schädel wie am übrigen Körper hat er mehrere nicht druckschmerzhafte Narben. Die Reflexe zeigen keine Besonderheiten. Keine Druckpunkte. Symmetrische Hypalgesie am ganzen Körper, so daß aufgehobene Hautfalten ohne Schmerzäußerung durchstochen werden können. Während der Vornahme der Intelligenzprüfung halluziniert der Kranke: „Nanu, jetzt bin ich verloren!“ Unter ängstlichem Grimassieren: „Die kommen, ich sehe sie doch! — Die fahren immerfort vorbei, im Wagen!“ usw. Ferner sieht er auf der Bettdecke suggerierte Käfer, greift nach dem in seiner Hand suggerierten Geldstück. An der Realität dieser Visionen hält Pat. auch nach Tagen noch fest. In der Vorlesung gelingt es, ihm die Erscheinung seiner Mutter zu suggerieren. Er erinnert sich später der Vision und hält auch an ihrer Realität fest. Eine Zeitlang hört er die Stimme seiner Mutter: „Häng Dich auf, tue, was Du willst, nimm Dir das Leben!“ Er glaubt, der Kaiser habe ihn begnadigt, dann wieder, er sei im Paradiesgarten, gleich darauf, er habe jemand ermordet, müsse hingerichtet werden, sei der „Verbrecherkönig“. Am 16. XI. findet sich die Stirn völlig analgetisch. Bei Stichen in die Nasenschleimhaut erfolgt sofortige Reaktion. Den Arzt hält der Kranke für den Staatsanwalt, er droht, „alle abzumurksen“. „Ich bin der Mörder, ich habe den Papst von Hamburg ermordet.“ 3×3, gibt

er an, sei 10. Eine Postkarte hält Pat. für ein Telegramm, das ihm die Entlassung bringe. Seine Äußerungen sind ganz inkohärent. Auf die Frage, wieviel Beine der Hund habe, antwortet er: „Den habe ich gerade gesehen, 6 hat er oben, 6 hat er unten.“ Örtlich ist Pat. völlig unorientiert: Er glaubt, auf einem Dampfer auf See zu fahren, hält das Bett für seine Koje. Dann wieder glaubt er, im Kaiserlichen Schloß zu sein, wo er Bomben gelegt habe, dann wieder in Hamburg. Am 23. XI. werden komplette Analgesie und stark herabgesetzte Kornealreflexe beobachtet. Die massenhaften Sinnestäuschungen und wechselnden Wahnvorstellungen zeitigen eine starke Ideenflüchtigkeit, so daß auf Fragen passende Antworten kaum zu erzielen sind. Pat. spricht viel vor sich hin, meist Erinnerungen aus dem Seemannsleben. Am 8. XII. weiß Pat., daß er im Krankenhause ist, ist jedoch in seinen Äußerungen und Handlungen noch völlig verwirrt. Am 14. XII. ist Pat. örtlich orientiert, erkennt den Arzt als solchen, gibt richtig an, aus Tegel gekommen zu sein, weiß auch, weswegen er dort war. 8 Tage darauf klagt Pat. über Stirnkopfschmerzen, erkennt seine Umgebung, antwortet geordnet, weiß nichts von seinen wahnhaften Äußerungen. Nach 14tägigem luciden Intervall ist Pat. sehr unruhig und aggressiv. In diesen Erregungszuständen deklamiert er allerlei Verse und Sprichwörter. Ende Januar wechseln ruhiges und sehr erregtes Verhalten miteinander ab. Oft nimmt Pat. eigentümliche Stellungen ein, sitzt z. B. zusammengekauert in einer Ecke, und dabei sagt er: „Meine Seele ist fort.“ Dann folgt wieder völlige Inkohärenz und Desorientiertheit. Sein Verhalten läßt auf erneute Halluzinationen schließen. Anfang Februar muß Pat. nach Dalldorf übergeführt werden.

Fassen wir aus den angeführten Fällen die charakteristischen Symptome zusammen, so finden wir brüsken Beginn der Geistesstörung, meist hervorgerufen durch psy-

chisches oder Kopftrauma, oft plötzliche überraschende Änderungen des Krankheitsbildes im Verlauf des Dämmerzustandes, völlige Amnesie für die ganze Dauer der Geistesstörung. Diese macht sich bei einer plötzlichen Aufhellung des Bewußtseinszustandes geltend durch die Verwunderung und Ungläubigkeit der Patienten gegenüber ihrem früheren Verhalten. Ganser schreibt: „Der wechselnde Bewußtseinszustand mit Erinnerungsdefekten ist charakteristisch für die hysterische Geistesstörung. Trifft er zusammen mit den echten Symptomen der Hysterie, so kennzeichnet dies Zusammentreffen geradezu den Gesamtzustand als hysterischen Dämmerzustand.

Ferner zeigen die angeführten Fälle eine auffallende Inkohärenz. Diese täuscht leicht einen starken Intelligenzdefekt vor, und doch ist die Intelligenz im Grunde nicht defekt. Ganser läßt sich über solche Kranke folgendermaßen aus: „Die auffälligste Erscheinung, welche sie darboten, bestand darin, daß sie Fragen allereinfachster Art nicht richtig zu beantworten vermochten, obwohl sie durch die Art ihrer Antworten kundgaben, daß sie den Sinn der Fragen ziemlich erfaßt hatten, und daß sie in ihren Antworten eine geradezu verblüffende Unkenntnis und Ausfall von Kenntnissen verrieten, den sie ganz bestimmt besessen hatten oder noch besaßen.“ Erinnert sei hierbei an die Antwort des zuletzt angeführten Patienten, der auf die Frage: „Wieviel Beine hat der Hund?“ antwortete: „sechs hat er oben, sechs unten“. Ein weiteres Symptom, das uns nicht selten in den angeführten Fällen begegnete, ist die Suggestibilität. Was die Halluzinationen unserer hysterischen Patienten anlangt, so sahen wir sie meist einen logischen Zusammenhang, einen fast systematischen Roman bilden und an Erlebnisse anknüpfen. Häufig sahen wir manische Exaltation vorwiegend erotischen Charakters. Schließlich möchte ich den auffallenden Einfluß mancher akuten Veränderungen wie

körperlicher Krankheiten oder Eintritt der Menses auf das Krankheitsbild nicht unerwähnt lassen. In mehreren der angeführten Fälle änderte der Eintritt der Periode das Krankheitsbild, in einem Fall der Ausbruch, in einem andern die Heilung einer Angina.

Voraussetzung zur Stellung der Diagnose ist natürlich der Symptomenkomplex der hysterischen Stigmata, die ja in allen oben angeführten Fällen mehr oder weniger vertreten sind.

Was die Ätiologie betrifft, so ist in zweien der acht angeführten Fälle Heredität nachgewiesen, die jedoch in beiden Fällen durch Traumen (psychische, Kopf- und Rückentraumen) unterstützt wurde. In einem dritten Falle ist ein Partus, der auf ein Kopftrauma folgte, in drei weiteren Überanstrengung und Aufregung als ätiologisches bezw. auslösendes Moment anzusehen. In einem Falle ist in ätiologischer Hinsicht nichts gefunden worden.

Die Dauer der Dämmerzustände in den angeführten Fällen beträgt zwischen 6 Wochen und 6 Monaten.

Von den 8 Fällen sind 2 als geheilt anzusehen; 4 sind als gebessert entlassen. Von diesen trat in 1 Falle nach zwei Jahren im Anschluß an ein psychisches Trauma ein fünf Tage umfassender Rückfall ein.

In einem Falle mußte der Patient als ungeheilt nach Dalldorf übergeführt werden.

Differentialdiagnostisch kommt für den protrahierten hysterischen Dämmerzustand in erster Linie die akute halluzinatorische Paranoia in Frage. Die halluzinatorische Verwirrtheit ist beiden Psychosen gemeinsam, wenigstens trifft das für alle Fälle des hysterischen Dämmerzustandes zu, in denen die Halluzinationen dominieren. Nach Ziehen sind jedoch die Halluzinationen bei der akuten halluzinatorischen Paranoia mannigfaltiger, unvermittelt und meist zusammenhanglos, während die Halluzinationen im hysterischen Dämmerzustand meist in einen Rahmen

passen, stetig wiederkehren und sich daher leicht zu einem komplizierten Roman, zu einem logischen System gestalten; auch sind die Halluzinationen des Hysterikers meist durch wirkliche Erlebnisse vermittelt. Entsprechend dem Wechsel der Halluzinationen schwanken bei der Halluzinose auch die Affektstörungen außerordentlich. Der häufige Wechsel von tobsüchtigen Erregungen, Angst, Zorn und Heiterkeit beim Paranoiker erklärt sich durch die Massenhaftigkeit der pathologischen Empfindungen. „Ein Paranoiker gleicht in seinem Gebaren kaum je einem andern Paranoiker, und derselbe Paranoiker ist heute ganz anders wie morgen" (Ziehen). Häufig findet sich bei der Halluzinose Hyperästhesie und Hyperalgesie, ganz selten nur Hypästhesie oder Hypalgesie, die für die hysterischen Kranken charakteristisch sind. Wesentlich unterscheiden sich beide Psychosen durch ihren Verlauf: Die Halluzinose hat ein Prodromalstadium: „Mehr und mehr beschleicht den Patienten das Gefühl der Unheimlichkeit" (Ziehen). Der Kranke fürchtet selbst, wahnsinnig zu werden; der hysterische Dämmerzustand setzt in der Regel brüske, meist im Anschluß an ein psychisches Trauma ein. Die Dauer der Krankheit ist bei der Halluzinose durchschnittlich 6 Monate, beim hysterischen Dämmerzustande selten so lange. Dabei will ich nicht verkennen, daß gelegentlich ein protrahierter hysterischer Dämmerzustand sogar länger dauern kann als ein kurzer Anfall einer kurzen halluzinatorischen Paranoia, wie wir ihn gerade in den letzten Jahren wiederholt z. B. auf dem Boden des chronischen Alkoholismus beobachtet haben.*) Nach überstandener Krankheit ist beim Paranoiker die Erinnerung an die Erlebnisse während der Krankheit durchweg, wenn auch lückenhaft, erhalten,

*) Ein solcher Fall verlief z. B. trotz massenhafter paranoider Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen zur Heilung.

beim hysterischen Dämmerzustand besteht meist erhebliche oder völlige Amnesie. Die hysterischen Formen der Halluzinose zeigen gewiß auch überwiegend Gesichts- und Organhalluzinationen; im Vergleich zum hysterischen Dämmerzustand sind sie aber nicht häufig.

Neben der halluzinatorischen Paranoia ist es eine Defektpsychose, die, wie auch die angeführten Fälle zeigen, nicht so selten differentialdiagnostisch in Betracht kommt. Es ist die Defektpsychose der Pubertät, die Dementia hebephrenica. Es gibt eine paranoische Varietät dieser Psychose, in der Sinnestäuschungen bestehen, die an den hysterischen Dämmerzustand erinnern, wie Visionen, Geruchs- und Geschmackstäuschungen, ja Selbstvisionen und Verdoppelungsgefühl. Sehr häufig ist auch bei der Dementia hebephrenica Unempfindlichkeit gegen Schmerzreize, wobei jedoch die Berührungsempfindlichkeit, abweichend von der häufigen halbseitigen Aufhebung derselben bei der Hysterie, intakt ist. Entscheidend für die Diagnose Dementia hebephrenica ist nun der charakteristische Intelligenzdefekt. Zu diesem kommt die auffallende Apathie und Perseveration, d. h. langes Haften einzelner Vorstellungen, somit auch stereotype Wiederholung sprachlicher Äußerungen. Zum Beispiel antwortet ein Hebephreniker auf alle möglichen Fragen immer wieder beharrlich mit der auf die erste an ihn gestellte Frage gegebenen Antwort. Die Trägheit des Hebephrenikers bei solchen Explorationen ist außerordentlich. Der Kranke muß häufig durch gewaltsames Aufrütteln zur Aufmerksamkeit gebracht werden. Mit dem Defekt der Aufmerksamkeit hängt der Defekt der Ideenassoziation zusammen. Der Kranke soll z. B. 8×5 rechnen. Er sagt 58 und schreibt 850. „Der Hebephreniker bringt oft die sinnlosesten Wortverbindungen zusammen („Wortsalat"). Es besteht eine fast vollkommene Gleichgültigkeit für den Inhalt und die Richtigkeit des Denkens

und des Sprechens“ (Ziehen). Diese psychische Verödung hat die Verödung des Handelns im Gefolge. Der Negativismus des Hebephrenikers äußert sich in apathischen, stereotypen Haltungen, katatonischer Spannung, führt nicht selten zur Verunreinigung. Manche Kranke zeigen Befehlsautomatie und Echolalie. Alle diese Symptone können auch im hysterischen Dämmerzustand vorkommen. Ich erinnere nur an den einen der angeführten Fälle, dessen sinnlose Silbenverbindungen sofort an die Dementia hebephrenica denken lassen. Dennoch erkennt man die Hebephreniker an dem primären Intelligenzdefekt, während Wahnideen und Sinnestäuschungen fast gänzlich fehlen. Beim hysterischen Dämmerzustand dagegen spielen Wahnideen und Sinnestäuschungen eine beherrschende Rolle. Diese täuschen erst einen Intelligenzdefekt vor dadurch, daß sie das Innenleben des Kranken ganz für sich in Anspruch nehmen und stumpf machen gegen die Eindrücke der Außenwelt.

„Was die paranoische Varietät der Hebephrenie anlangt, so ist es auch hier unschwer, aus der Absurdität der Wahnvorstellungen den zugrund liegenden Intelligenzdefekt zu erkennen“ (Ziehen). Prognostisch ist der Kranke mit hysterischem Dämmerzustand entschieden günstiger dran; bei Dementia hebephrenica kommen Heilungen fast nie vor, meist ist der Intelligenzdefekt progressiv.

Schließlich kommt bei der Diagnose der epileptische Dämmerzustand in Frage. Die halluzinatorischen hysterischen Dämmerzustände gleichen häufig den epileptischen. In den meisten Fällen entscheidet ja die Art des Krampfanfalles die Diagnose. Fehlen Krampfanfälle, ist die Entscheidung schwieriger.

Die wesentlichen Momente, die den hysterischen vom epileptischen Dämmerzustande unterscheiden, seien noch einmal im folgenden erwähnt. Größtenteils sind

sie bereits bei Besprechung der Differentialdiagnose zur akuten Halluzinose angeführt.

Viel häufiger als der epileptische schließt sich der hysterische Dämmerzustand an einen Affektshock an. Ferner stellen die hysterischen Sinnestäuschungen mehr zusammenhängende Erlebnisse dar; auch werden mehr vorausgegangene wirkliche Erlebnisse eingeflochten als bei Epilepsie. Was die Art der Sinnestäuschungen anlangt, so überwiegen bei der Hysterie Geruchs-, Geschmacks- und Organ-Halluzinationen. Vor allem aber zeichnen sich die hysterischen Wahnvorstellungen durch ihre Suggestibilität aus. Der Nachweis der charakteristischen Sensibilitätsstörungen ist natürlich für die Diagnose Hysterie wichtig. Der Ausgang der hysterischen und epileptischen Dämmerzustände unterscheidet sich dadurch, daß auf dem Boden der erstgenannten Psychose viel häufiger eine chronische Paranoia entsteht als auf dem der epileptischen. Die hysterische Psychose führt zur Paranoia, die epileptische zum Intelligenzdefekt.

Immerhin ist Raimann beizustimmen, wenn er Seite 294 seiner Monographie auseinandersetzt, daß es Fälle gibt, die sich nicht ganz widerspruchslos in die Epilepsie oder Hysterie einreihen lassen.

Literatur.

1. Ziehen: Psychiatrie für Arzte und Studierende. 1902.
2. Wernicke: Grundriß der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen. 1894—1900.
3. v. Krafft-Ebing: Lehrbuch der Psychiatrie auf klinischer Grundlage. 5. Auflage. 1893.
4. Ganser: Archiv für Psychiatrie. Bd. 30. § 633.
5. Dr. Raecke (Kiel): Berliner klinische Wochenschrift. 1904. No. 51.
6. Raimann: Die hysterischen Geistesstörungen. Leipzig und Wien 1904.
7. Kraepelin: Psychiatrie. 7. Auflage. 1904.

Thesen.

I.

Im schulpflichtigen Kindesalter sollte größerer Wert auf die Ausbildung der Körperkräfte, der Sinnesorgane und des Charakters gelegt werden.

II.

Bei akutem Mittelohrkatarrh ist die Behandlung mit Bierscher Stauung nicht unversucht zu lassen.

III.

In den Mädchenschulen sollten Säuglingspflege und Kinderernährung Gegenstand des Unterrichtes sein.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Paul Emil Karl Ullmann, katholischer Konfession, Sohn des am 15. November 1906 verstorbenen Geheimen Rechnungsrats an der Königlichen Oberrechnungskammer Julius Ullmann, wurde am 3. März 1880 zu Potsdam geboren. Seine wissenschaftliche Vorbildung erhielt er auf dem Königlichen Gymnasium zu Potsdam, das er von Ostern 1890 bis Herbst 1900 besuchte. Nach bestandenem Abiturienten-Examen wurde er in die Kaiser Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen aufgenommen. Seiner Dienstpflicht mit der Waffe genügte er vom 1. April bis 1. Oktober 1901 beim Kaiser Alexander-Garde-Grenadier-Regiment Nr. 1. Am 15. November 1902 bestand er die ärztliche Vorprüfung. Am 15. Februar 1905 wurde er zum Unterarzt beim Infanterie-Regiment von Goeben (2. Rhein.) Nr. 28 ernannt und gleichzeitig zur Dienstleistung beim Königlichen Charité-Krankenhause kommandiert. Vom 4. April bis 28. November 1906 unterzog er sich den ärztlichen Staatsprüfungen und wurde nach mit „gut“ bestandenem Examen und erlangter Approbation zur Dienstleistung in sein Regiment nach Ehrenbreitstein kommandiert. Laut A. K.-O. vom 16. Februar 1907 wurde er zum Assistenzarzt beim gleichen Regiment befördert.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kurse und Kliniken folgender Herren:

v. Bergmann (†), Brieger, Bumm, Engelmann, Engler, E. Fischer, Fränkel, Frey, Goldscheider, Gusserow (†), Hertwig, Heubner, Hildebrand, Hiller, Israel, Köhler, König, Kraus, Lesser, Lexer, v. Leyden, Liebreich, v. Michel, Olshausen, Orth, Passow, Rubner, Salkowski, F. E. Schulze, Schwendener, Sonnenburg, Straßmann, Stumpf, Thierfelder, H. Virchow, Waldeyer, Warburg, Ziehen.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht der Verfasser seinen ehrerbietigen Dank aus.